

遺傳性表皮分解性水皰症等 3 項罕見疾病原發性皮膚病變病人 傷口照護敷料補助作業說明

壹、補助對象：經醫事人員通報，且經罕見疾病及藥物審議會或其醫療小組委員與專家審查通過在案之個案，罹患公告罕見疾病「遺傳性表皮分解性水皰症 (Hereditary epidermolysis bullosa)」、「水泡型先天性魚鱗癬樣紅皮症 (Bullous congenital ichthyosiform erythroderma)」或「色素失調症 (Incontinentia pigmenti)」之病人合併原發性皮膚病變需長期使用特殊敷料者。

貳、申請相關規定：

一、**補助標準：**皮膚缺損比例 $\leq 15\%$ ，導致組織損傷，無法短期手術重建，而未符合全民健康保險給付規定者。

註 1:皮膚缺損比例 $>15\%$ ，導致組織損傷，無法短期手術重建者，請依全民健康保險給付規定辦理。

註 2:皮膚缺損比例估算法，成人以 Wallace's rule of nines 評估，小兒與新生兒以 Lund and Browder chart 評估。

二、**補助項目：**經全民健康保險收載之特殊材料品項，且依最新「全民健康保險特殊材料給付規定」屬下列給付規定分類碼之品項：(查詢網址:衛生福利部中央健康保險署首頁/健保服務/健保藥品與特材/健保特殊材料/健保特材品項查詢/健保特殊材料品項網路查詢服務)

(一) A217-1:人工生物化學覆蓋物(ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL)

(二) A217-3:人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌)ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL(WITH SILVER)

(三) A17-6:人工生物化學覆蓋物(BIOBRANE)

三、補助金額：

(一) 每一品項之最高補助金額，依全民健康保險最新支付點數，每 1 點值為新臺幣 1 元計算(查詢網址:衛生福利部中央健康保險署首頁/健保服務/健保藥品與特材/健保特殊材料/健保特材品項查詢/健保特殊材料品項網路

查詢服務)。

(二) 低收入戶及中低收入戶為全額補助，其他一般戶病人補助 80%為上限，實際費用未達最高補助金額者，依實際費用補助之。每月最高補助金額如下表：

| 年 齡 | 每月最高補助金額 | | 備註 |
|----------|----------------------|----------------|--|
| | 低收入戶及中低收入戶 (全額補助) | 一般戶 (80%補助) | |
| 0 歲~14 歲 | 18,000 元/月 | 14,400 元/月 | 核可有效期限以 3 個月為原則，但若申請第 1 次、3 個月後之第 2 次申請及 6 個月後之第 3 次申請，3 次申請之皮膚缺損比例相差小於 10%，且狀況穩定者，則第 3 次開始核可有效期限延長為 6 個月。 |
| 15 歲以上 | 21,000 元/月 | 16,800 元/月 | |

四、 申請對象：罕見疾病病人診治之醫事服務機構為申請人。

五、 申請作業流程：由診治之醫事機構提出申請，將申請資料寄送至罕見疾病醫療補助專案辦公室，經審查通過後，由衛生福利部(國民健康署)函知醫事機構審查結果。醫事機構於敷料領用或結帳日後 3 個月內，備妥核銷文件寄送罕見疾病醫療補助專案辦公室辦理款項撥付。(詳細流程圖如附件 1)

(一) 申請補助文件如下：

1. 罕見疾病病人皮膚病變傷口照護敷料補助申請單及其檢附資料(附件 2 及其附表 1~3):

(1) 病理切片報告(首次申請時提供)。

(2) 病人本次之皮膚缺損比例(成人以 Wallace's rule of nines 評估，小兒與新生兒以 Lund and Browder chart 評估)。

(3) 3 個月前之皮膚缺損比例(首次申請免提供)。

(4) 6 個月前之皮膚缺損比例(首次及第二次申請免提供)。

(5) 病患之當下身高、體重、換算之總體表面積及皮膚缺損面積。

(6)敷料覆蓋面積計算及每月所需之敷料種類與數量申請明細。

(7)臨床彩色照片，請提供就診時照片或近一個月內最嚴重之照片作為佐證。

2.罕見疾病病人皮膚病變傷口照護敷料補助款申領暨同意書。(附件 3)

3.個案病歷資料(如:病歷摘要、門診紀錄、診斷證明書等)。

4.其他檢附文件(如:低收入戶或中低收入戶證明，需有效期限內)。

(二)申請核銷文件如下:

1.罕見疾病病人補助款申領清單。(附件 4)

2.罕見疾病病人皮膚病變傷口照護敷料補助款申領暨同意書。(附件 3)

3.其他檢附文件(如:低收入戶或中低收入戶身分異動需補附其證明)。

六、其他注意事項:

(一)本補助方案核准函有效期限以 3 個月為原則，但若申請首次、3 個月後之第 2 次申請及 6 個月後之第 3 次申請，三次申請之皮膚缺損比例相差小於 10%，且狀況穩定，則第 3 次開始核可有效期限延長為 6 個月。

(二)核准函有效期限內不得重複申請，若有特殊情況，得申請變更敷料補助內容，經審查通過後予以補助。

(三)為避免申請案件延宕，經行政檢視或審查結果文件未齊全之案件，若經通知後逾 3 個月仍未補齊者，則原始申請文件將退還予申請醫事機構，待備齊文件後再行申請。

(四)依據病患之傷口狀況，可同時申請補助品項範圍內之不同種類特殊敷料。

(五)罕見疾病病人若已接受政府或民間單位其他同性質補助或社會保險給付者，不得重複申請本項補助。

(六)有關申請流程及表格等，請向罕見疾病醫療補助專案辦公室索取或自國民健康署網站下載(網址：<http://www.hpa.gov.tw/>健康主題/健康生活/罕見疾病)，罕見疾病醫療補助專案辦公室聯絡資訊如下：

專線電話：(02)2545-9066

傳真電話：(02)2545-9166

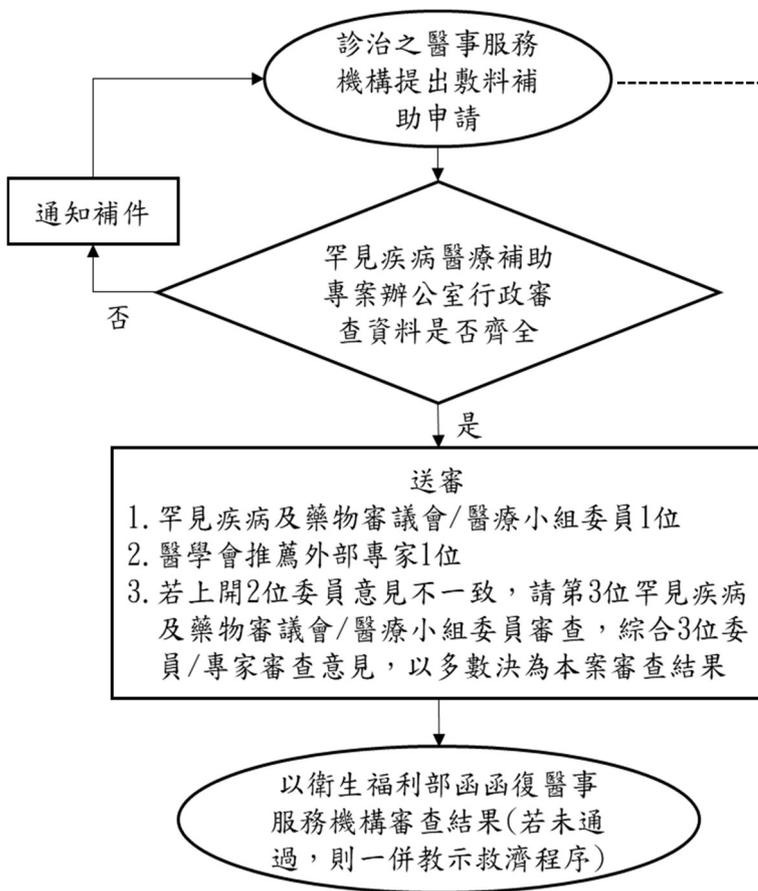
地址：(10341)臺北市大同區長安西路 289 號 8 樓-1

專用 email 帳號：rare_disease@iisigroup.com

附件 1、遺傳性表皮分解性水皰症等 3 項罕見疾病原發性皮膚病變病人

傷口照護敷料補助作業流程

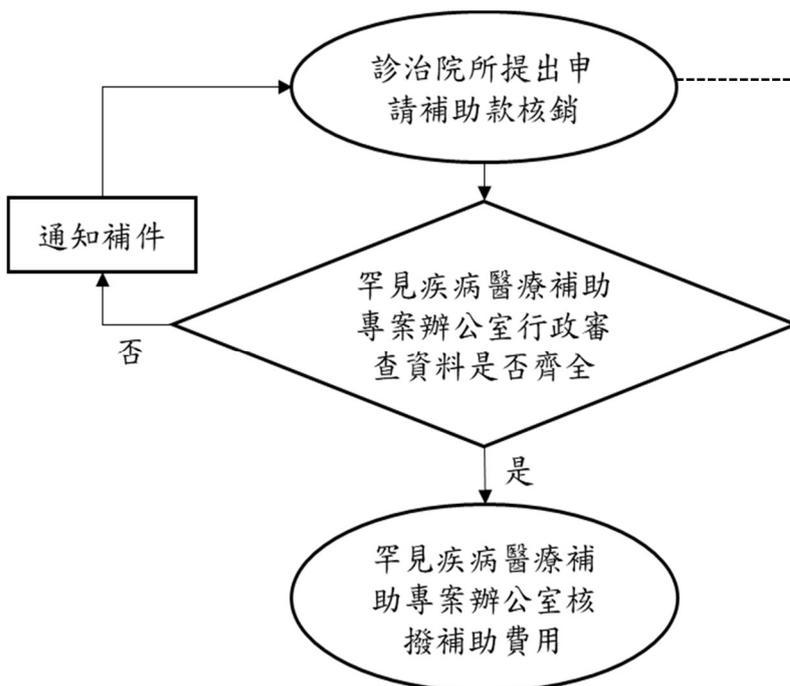
補助申請



申請補助應檢附文件:

1. 罕見疾病病人皮膚病變傷口照護敷料補助方案申請單
2. 皮膚缺損面積及所需敷料數量說明表
3. 敷料覆蓋面積、種類及數量申請明細表
4. 臨床(病灶處)彩色照片
5. 個案病歷資料(如病歷摘要、門診紀錄、診斷證明書等)
6. 補助款申領暨同意書。
7. 其他證明文件(如低收入戶或中低收入戶證明等)

補助核銷



核銷應檢附文件:

1. 核銷應檢附文件:
 - (1) 補助款申領清單
 - (2) 補助款申領暨同意書。
 - (3) 其他檢附文件(如:低收入戶或中低收入戶身分異動補附證明)
2. 核可效期以 3 個月為原則，但若申請首次、3 個月後之第 2 次申請及 6 個月後之第 3 次申請，三次申請之皮膚缺損比例相差小於 10%，且狀況穩定，則第 3 次申請開始核可有效期限延長為 6 個月。
3. 請於敷料領用或結帳日後 3 個月內辦理核銷。

附表 1、皮膚缺損面積及所需敷料數量說明表

1. 病理切片報告(如為首次申請，請檢附)

2. 皮膚缺損比例估算：(成人以 Wallace's rule of nines 評估，小兒與新生兒以 Lund and Browder chart 評估)

2-1. 本次皮膚缺損比例：_____

2-2. 前 3 個月之皮膚缺損比例(第 1 次申請者不需填寫)：_____

2-3. 前 6 個月之皮膚缺損比例(第 1 次及第 2 次申請者不需填寫)：_____

3. 所需之敷料種類與數目，計算過程說明：

(一) 皮膚缺損面積計算：

| 皮膚缺損比例(%) 【A】 | 推估全部體表面積大小(cm ²) ^{**} 【B】 | 皮膚缺損面積(cm ²) 【=A×B】 |
|------------------|--|------------------------------------|
| | | |

註：全部體表面積(Mosteller Formula，單位 cm²) = $\sqrt{\frac{\text{身高(cm)} \times \text{體重(kg)}}{3600}} \times 10000$

(參考文獻:N Engl J Med. 1987 Oct. 22;317(17):1098)

(二) 敷料覆蓋面積計算及申請敷料種類與數量明細：請填附表 2。

4. 其他：(無則免填)

附表 2、敷料覆蓋面積、種類及數量申請明細表

| | | | | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------|--|--|--|----|
| 品名 | | (範例) Mepilex Lite | | | | 合計 |
| 敷料尺寸(cm ²) 【A】 | | 15*15 | | | | |
| 每次 更換 敷料 覆蓋 面積 計算 | 敷料數量【B】 | 1.5 | | | | |
| | 敷料覆蓋面積(cm ²) 【C=A×B】 | 337.5 | | | | |
| 每 月 敷 料 數 量 計 算 | 換藥次數【D】 | 30 | | | | |
| | 敷料數量【E=B×D】 | 45 | | | | |
| 健保支付點數/單位 ^註 【F】 | | 243/EA | | | | |
| 申 請 補 助 金 額 (每月) | <input type="checkbox"/> 低收入戶、中低收入 戶【=E×F】 | - | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 一般戶 【=E×F×80%】 | 8,748 | | | | |

註：

1. 最新敷料健保給付價格查詢網址：[衛生福利部中央健康保險署首頁/健保服務/健保藥品與特材/健保特殊材料/健保特材品項查詢/健保特殊材料品項網路查詢服務](#)。

2. 本表若不敷使用，請自行增列。

附表 3、臨床(病灶處)彩色照片

| |
|--|
| |
| |

注意事項:

1. 請提供就診時照片或近一個月內最嚴重之照片作為佐證。
2. 照片請加註拍照日期或由機構附註日期。
3. 本表若不敷使用，請自行增列。

附件 3、遺傳性表皮分解性水皰症等 3 項罕見疾病原發性皮膚病變病人
傷口照護敷料補助款申領暨同意書

【本經費由菸品健康福利捐支應】

病人姓名：_____ 出生日期：_____年_____月_____日

身分證號：_____ 聯絡電話：_____

戶籍地址： 縣 鄉鎮 村 鄰 街 段 巷 弄 號 樓
市 市區 里 路

聯絡地址：同上； 縣 鄉鎮 村 鄰 街 段 巷 弄 號 樓
市 市區 里 路

家庭類別：一般戶；中低收入戶；低收入戶(中低收入戶、低收入戶請檢附證明文件)

以下由醫事服務機構填寫：

1. 申請院所：_____ 病歷號碼：_____

2. 案件類別：

2-1. 新申請案件，申請補助期間_____年_____月至_____年_____月(第 1 次、第 2 次最長 3 個月；第 3 次申請時，若 3 次申請皮膚缺損比例相差小於 10%，且狀況穩定，最長可申請 6 個月)

2-2. 已核可案件:(核准文號:_____)

2-2-1. 申請次別：第 1 次申請；非第 1 次申請，為第_____次申請

2-2-2. 本次敷料合計費用：新台幣_____元，其中

申請政府補助費用：新台幣_____元；病人自付金額：新台幣_____元

以下由病人或法定代理人填寫：

病人或法定代理人_____ (立同意書人)，經醫師詳細說明，已充分了解罕見疾病病人皮膚病變傷口照護敷料補助原則，並同意自行負擔敷料費用之 20% (政府補助 80%)。如為中低收入戶或低收入戶則免部份負擔，由政府全額補助。並同意接受診治之醫療機構拍攝本人皮膚病灶照片，作為存檔及申請補助之用。且切結保證並未接受政府或民間單位其他同性質補助或社會保險給付，若有虛報不實，經查明者，願負法律責任，並同意放棄申請資格，及無條件繳回該項補助經費。

個案 (或法定代理人) 簽名：_____

身分證號碼：_____ 與個案關係：個案本人 法定代理人

中華民國_____年_____月_____日

審核結果註記(此欄由罕見疾病專案辦公室填寫)

本次核定補助金額_____元(核定總額_____元，累計至本次已撥付_____元)

